



Fall-Nr.: KV 2012/8
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 14.01.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 14.01.2013

Art. 49 Abs. 4 KVG: Abgrenzung der Akutspitalbedürftigkeit von der Pflegebedürftigkeit bei Vorliegen einer schizophrenen Erkrankung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Januar 2013, KV 2012/8).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; a.o. Gerichtsschreiberin Natasa Stankovic

Entscheid vom 14. Januar 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Amtsvormundschaft B.____,

gegen

avanex Versicherungen AG Recht, Postfach, 8081 Zürich Helsana,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Helsana Versicherungen AG, Recht, Postfach, 8081 Zürich Helsana,

betreffend

Versicherungsleistungen (Spitalbedürftigkeit)



Sachverhalt:

A.

A.a A.____ war bis zum 31. Dezember 2011 bei der Helsana Versicherungen AG (nachfolgend: Helsana) und ist ab dem 1. Januar 2012 bei der avanex Versicherungen AG (nachfolgend: avanex) obligatorisch krankenversichert. Der Versicherte leidet an paranoider Schizophrenie sowie an Störungen durch multiplen Substanzgebrauch. Im Rahmen seines Strafvollzugs zeigte er eine psychotische Symptomatik, ausgeprägte Antriebsstörungen, Affektschwankungen und ein desintegriertes Sozialverhalten, weshalb am 20. Mai 2011 eine notfallmässige psychiatrische Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik C.____ (nachfolgend: Klinik) notwendig wurde (act. G 3.4). Mit Schreiben vom 14. Juli 2011 (act. G. 3.5) hiess die Helsana das Gesuch des kantonalen psychiatrischen Dienstes vom 24. Mai 2011 um Kostengutsprache für einen stationären psychiatrischen Spitalaufenthalt und eine Behandlung in der Klinik vom 20. Mai bis 5. August 2011 gut (act. G 3.2; vgl. hierzu ebenso das Zwischenzeugnis vom 15. Juni 2011 [act. G. 3.3] sowie den Arztbericht vom 20. Juni 2011 [act. G. 3.4] jeweils von Dr. med. D.____, Oberarzt der Psychiatrischen Klinik C.____). Infolge des Gesuchs von Dr. D.____ vom 29. August 2011 um Verlängerung der Kostengutsprache (act. G 3.6) anerkannte die Helsana am 13. September 2011 – gestützt auf die vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. med. E.____, Facharzt FMH Facharzt in einem fachfremden Gebiet (Fähigkeitsausweise: Psychosomatische u. Psychosoziale Medizin [APPM], Delegierte Psychotherapie [FMPP] sowie Vertrauensarzt [SGV]), vom 13. September 2011 (act. G 3.8) – die Notwendigkeit des stationären Aufenthalts sowie der Behandlung in der Klinik bis zum 25. Oktober 2011 (act. G 3.9). Auf Gesuch von Dr. med. F.____, Oberarzt der Psychiatrischen Klinik C.____, vom 11. Oktober 2011 um Verlängerung der Kostengutsprache für die klinisch-stationäre psychiatrische Behandlung (act. G 3.10 und G 3.11) hin teilte die Helsana mit Schreiben vom 26. Oktober 2011 (act. G 3.13) dem Arzt mit, sie gewähre lediglich vom 26. Oktober bis – im Sinne einer Übergangsfrist – zum 30. November 2011 eine Kostenübernahme für den Akutaufenthalt von A.____ in der Klinik, da die medizinische Beurteilung von Dr. E.____ vom 25. Oktober 2011 (vgl. Bericht der Helsana, Abteilung Case Management vom 25. Oktober 2011, der von Dr. E.____ handschriftlich ergänzt wurde, act. G 3.12) gezeigt habe, dass ein chronifiziertes Leiden vorliege und wesentliche Verbesserungen



St.Galler Gerichte

voraussichtlich nicht mehr zu erwarten seien. Folglich sei die Spitalbedürftigkeit im vorliegenden Fall nicht mehr ausgewiesen, weshalb die Helsana ab dem 1. Dezember 2011 nur noch die Pflegeheimtaxe analog der sankt-gallischen Pflegeheime vergüte, indes die darüber hinausgehenden Kosten zu Lasten von A.____ gehen würden. Mit jeweils separatem Schreiben vom 26. Oktober 2011 setzte die Helsana den Vormund des Versicherten (act. G 3.15), G.____, sowie die Klinik (act. G 3.14) über ihren Entscheid in Kenntnis.

A.b Mit E-Mail vom 16. November 2011 (act. G 3.10) verlangte der durch den Amtsvormund vertretene Versicherte den Erlass einer einsprachefähigen Verfügung. Gegen die am 1. Dezember 2011 ergangene Verfügung, in welcher die Helsana an ihrem Entscheid gemäss den Schreiben vom 26. Oktober 2011 festhielt, erhob der Amtsvormund des Versicherten am 29. Dezember 2011 Einsprache (act. G 3.18).

A.c Mit Schreiben vom 17. April 2012 berichtete Dr. med. H.____, Stv. Chefärztin der Psychiatrischen Klinik C.____, dass sich an den Diagnosen, wie sie im Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache von Dr. F.____ vom 11. Oktober 2011 mitgeteilt wurden, bis zum Austritt des Versicherten am 16. Januar 2012 nichts geändert habe. A.____ sei während des Klinikaufenthalts jederzeit akutspitalbedürftig gewesen und sei zum frühestmöglichen Zeitpunkt aus der stationären Behandlung entlassen worden. Die anschliessende ambulante Behandlung sei von der Suchtstelle übernommen worden.

A.d Mit Entscheid vom 9. Juli 2012 (act. G 3.1) wies die Helsana die Einsprache vom 29. Dezember 2012 gestützt auf die vertrauensärztliche Stellungnahme von Dr. E.____ vom 25. Oktober 2011 ab.

B.

B.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die am 12. Juli 2012 erhobene Beschwerde des Amtsvormunds des Versicherten mit dem Antrag, die Helsana sei zu verpflichten, die volle Spitaltaxe zu übernehmen (act. G 1). Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, die Helsana habe die Stellungnahme von Dr. H.____ vom 17. April 2012, welcher zu entnehmen sei, dass der Beschwerdeführer während der



St.Galler Gerichte

gesamten Aufenthaltsdauer vom 20. Mai 2011 bis 16. Januar 2012 in der Klinik jederzeit akutspitalfähig gewesen sei, in ihrem angefochtenen Einspracheentscheid nicht berücksichtigt. Die Gesundheit des Beschwerdeführers sei seit Jahren massiv angeschlagen, weshalb er wiederholt Akutbehandlungen in psychiatrischen Kliniken benötigt habe. Der Vollständigkeit halber sei anzuführen, dass er am 19. April 2012 – somit rund drei Monate nach seinem Eintritt in eine betreute Institution für Drogenkranke – bereits wieder habe hospitalisiert werden müssen. Nach einem rund vier wöchigen Aufenthalt in der Klinik I.____ habe er diese Klinik zwar am 16. Mai 2012 verlassen können, jedoch habe er bereits am 15. Juni 2012 wieder amtsärztlich nach C.____ eingewiesen werden müssen.

B.b In der Beschwerdeantwort vom 16. Juli 2012 (act. G 3) beantragt die Helsana die Abweisung der Beschwerde. Betreffend den Vorwurf, das Schreiben von Dr. H.____ vom 17. April 2012 sei im angefochtenen Einspracheentscheid nicht einbezogen worden, sei festzuhalten, dass Dr. H.____ ihre Auffassung ausschliesslich auf den Arztbericht von Dr. F.____ vom 11. Oktober 2011 stütze. Eine eigene oder ergänzende Begründung zur Spitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers habe sie in ihrer Stellungnahme nicht angeführt. Auf den besagten Bericht von Dr. F.____ hätten sich sowohl der Vertrauensarzt Dr. E.____ in seiner Beurteilung vom 25. Oktober 2011 als auch die Helsana in ihrer Verfügung vom 1. Dezember 2012 beziehungsweise in ihrem Einspracheentscheid vom 9. Juli 2012 gestützt, weshalb die Stellungnahme von Dr. H.____ mithin indirekt berücksichtigt worden sei.

B.c Für den gesetzlichen Vertreter des Beschwerdeführers führte Dr. H.____ mit Replik vom 30. August 2012 (act. G 5) aus, der Arztbericht von Dr. F.____ vom 11. Oktober 2011 belege die Akutspitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers derart klar, dass zu diesem Zeitpunkt eine eigene oder ergänzende Erklärung zur Spitalbedürftigkeit nicht notwendig gewesen sei. Zu beachten sei, dass sie als Vorgesetzte von Dr. F.____ zu jeder Zeit über den Verlauf der Behandlung des Beschwerdeführers und die entsprechende Korrespondenz vollumfänglich informiert gewesen sei, so dass eine weitere Stellungnahme keine neuen Aspekte aufgezeigt hätte. Sie habe in ihrem Schreiben vom 17. April 2012 festhalten wollen, dass sich an den Diagnosen, wie sie im besagten Arztbericht erstellt worden seien, nichts geändert habe. Schliesslich sei zu



St.Galler Gerichte

erwähnen, dass die Helsana nach dem 11. Oktober 2011 keine weiteren Berichte zum Behandlungsverlauf angefordert habe.

B.d In ihrer Duplik vom 11. September 2012 (act G 7) hält die Helsana unverändert an ihren Anträgen fest. Entgegen der Auffassung von Dr. H.____ werde im besagten Arztbericht von Dr. F.____ die Akutspitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers gerade nicht ausgewiesen.

B.e Auf Aufforderung des Versicherungsgerichts reichte die Helsana mit Schreiben vom 23. November 2012 (act. G 10) das Kündigungsschreiben der Amtsvormundschaft des Beschwerdeführers an die Helsana vom 12. September 2011 sowie die Versicherungspolice der avanex per 1. Januar 2012 zu den Akten.

Erwägungen:

1.

Vorab ist festzustellen, dass der vorliegende Versicherungsfall die Frage der Leistungspflicht der Helsana, bei welcher der Beschwerdeführer bis zum 31. Dezember 2011 obligatorisch krankenversichert war, beschlägt, indes die Frage, inwieweit der derzeitige Krankenpflegeversicherer avanex leistungspflichtig ist, vorliegend nicht Prozessgegenstand bildet. Der Umstand, dass die avanex im Einspracheentscheid vom 9. Juli 2012 als Beschwerdegegnerin aufgeführt wurde, ist als Schreibfehler zu betrachten und für die Parteistellung im vorliegenden Verfahren irrelevant; solche kommt allein dem Beschwerdeführer und der Helsana, welche bezüglich ihrer Leistungspflicht verfügt beziehungsweise einen Einspracheentscheid erlassen hat, zu.

2.

Unbestritten ist, dass die Helsana für den Klinikaufenthalt des Beschwerdeführers vom 20. Mai bis 30. November 2011 die Akuttaxe erstattete und vom 1. bis 31. Dezember 2011 noch die Pflorgetaxe gewährte. Strittig und zu prüfen ist, ob beim Beschwerdeführer eine Behandlungsbedürftigkeit in einem Akutspital auch für den Zeitraum vom 30. November bis 31. Dezember 2011 ausgewiesen und die Helsana zur Ausrichtung einer Akuttaxe verpflichtet war.



3.

Im vorliegenden Verfahren kann offen bleiben, ob die Stellungnahme von Dr. H.____ vom 17. April 2012 in die Beurteilung der Beschwerdegegnerin eingeflossen ist oder nicht und ob durch deren Nichterwähnung letztlich der Anspruch auf rechtliches Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101) und Art. 42 Satz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) verletzt wurde, da diesfalls ohnehin von einer Heilung des allfälligen Verfahrensmangels auszugehen wäre und dies – nachdem es, wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen werden, zu einer Gutheissung der Beschwerde kommt – auch für die Kostenregelung (vgl. E. 6) irrelevant bliebe.

4.

4.1 In materieller Hinsicht vertritt die Helsana im Wesentlichen die Auffassung, die Behandlung und Pflege des Beschwerdeführers in einem Akutspital sei – gestützt auf die Beurteilungen von Dr. F.____ vom 11. Oktober 2011 und Dr.E.____ vom 25. Oktober 2011 – ab dem 1. Dezember 2011 medizinisch nicht mehr indiziert gewesen, da beim Beschwerdeführer ab jenem Zeitpunkt ein chronisches Zustandsbild vorgelegen habe. Eine Behandlung in der Akutklinik habe deshalb die Kriterien der Wirksamkeit, Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit nicht mehr erfüllt. Die Betreuung hätte ab dem 1. Dezember 2011 in einem Pflege- oder Wohnheim oder in anderen adäquaten Einrichtungen erfolgen müssen. Dagegen erachtet der Amtsvormund des Beschwerdeführers die Akutspitalbedürftigkeit für die Zeit vom 1. Dezember 2011 bis zum 16. Januar 2012 – gestützt auf die Stellungnahmen von Dr. F.____ vom 11. Oktober 2011 und Dr. H.____ vom 17. April 2012 – aus medizinischen Gründen für absolut notwendig.

4.2 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG; SR 832.10]). Diese Leistungen umfassen unter anderem die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim von einem Arzt oder einer Ärztin oder gewissen andern im Gesetz



namentlich genannten medizinischen Fachpersonen durchgeführt werden (Art. 25 Abs. 2 KVG). Die versicherte Person kann die Leistungen bei Krankheit nur beanspruchen, wenn diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG). Diese grundlegenden Anspruchsvoraussetzungen gelten für alle KVG-Leistungen. Unter den wirksamen und zugelassenen Anwendungen hat der Arzt jene zu wählen, welche am besten geeignet ist, den angestrebten medizinischen Erfolg zu bewirken (Zweckmässigkeit), und diesen mit einem optimalen Kosten- und Nutzenverhältnis zu erzielen verspricht (Wirtschaftlichkeit). Die medizinischen und pflegerischen Leistungen haben sich auf das zu beschränken, was im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck notwendig ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Notwendig ist eine Vorkehr, wenn sie in medizinischer Hinsicht zur Erzielung des Erfolgs zwangsläufig unentbehrlich und unvermeidlich ist und letzteres auch für das Kostenmass zutrifft. Massnahmen müssen nicht nur medizinisch notwendig sein, sondern sind auch auf wirtschaftliche Art und Weise zu erbringen. Die Notwendigkeit einer bestimmten Vorkehr ist grundsätzlich nach objektiven Kriterien festzustellen. Sie wird nicht aus der subjektiven Sicht der versicherten Person oder des Arztes bestimmt. Denn eine unnötige Massnahme wird nicht schon dadurch zur notwendigen, dass die versicherte Person oder der Arzt sie für notwendig hält. Es muss jedoch genügen, wenn es im Zeitpunkt der Verordnung oder Durchführung der Massnahmen nach objektiven medizinischen Kriterien vertretbar war, diese als notwendig zu betrachten. Das gilt analog für die Zweckmässigkeitsfrage. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit verlangt einen Kostenvergleich der möglichen Behandlungsalternativen mit ungefähr gleichem medizinischen Nutzen. Wenn mit einer Behandlungsvariante das Therapieziel erheblich kostengünstiger erreicht werden kann, besteht kein Anspruch auf Übernahme der teureren Behandlung. Der Anspruch auf Leistungen für stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person tatsächlich in einem Spital aufhält. Zusätzlich bedarf es der Spitalbedürftigkeit. Spitalbedürftigkeit liegt sodann im Hauptanwendungsfall vor, wenn diagnostische oder therapeutische Anwendungen wegen der apparativen und personellen Anforderungen nur in einem Spital zweckmässig vorgenommen werden können. Von einer Spitalbedürftigkeit auszugehen ist sodann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlungsalternativen ausgeschöpft sind und nur ein Spitalaufenthalt noch Aussicht auf Erfolg verspricht. Die Notwendigkeit blossen Verweilens in einem Spital vermag die Spitalbedürftigkeit unter der



Voraussetzung zu begründen, dass eine Überwachung des Gesundheitszustands in Frage steht und diese zweckmässigerweise nur in einem Spital möglich ist. Ein pflegebedürftiger Patient, der in medizinischer Hinsicht in keinem Pflegeheim, sondern nur in einem Spital zweckmässig betreut werden kann, hat ebenfalls als spitalbedürftig zu gelten. Hingegen ist für die Annahme einer Spitalbedürftigkeit beziehungsweise für die Übernahme der Spitalkosten nicht entscheidend, dass die Behandlung und der Aufenthalt der versicherten Person im Spital vom behandelnden Arzt verschrieben worden sind. Aus dem Gebot wirtschaftlicher Behandlung fliesst der Grundsatz der Nachrangigkeit der Hospitalisation gegenüber kostengünstigeren Varianten. Spitalbedürftigkeit wird daher nach Massgabe des Wirtschaftlichkeitsgebots definiert (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2. Aufl., Basel 2007, Rz. 290 ff., Rz. 391 ff.; BGE 126 V 323).

4.3 Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit verlangt, dass ein Aufenthalt im Akutspital zum Spitaltarif nur so lange möglich ist, als vom Behandlungszweck her ein Aufenthalt im Akutspital notwendig ist (BGE 126 V 339 E. 2b; 124 V 365 E. 1b). Die Vergütung bei Spitalaufenthalten richtet sich nach Massgabe von Art. 49 Abs. 4 Satz 1 KVG nach dem Spitaltarif gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG. Vorausgesetzt ist, dass die versicherte Person nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt gemäss Art. 49 Abs. 4 Satz 2 KVG für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Art. 50 KVG zur Anwendung, d.h. die versicherte Person erhält nur die Pflegeheimleistungen.

4.4 Für die Bestimmung des anwendbaren Leistungstarifs verlangt Art. 49 Abs. 4 KVG die Unterscheidung zwischen Akutspitalbedürftigkeit oder Rehabilitationsbedürftigkeit im Spitalmilieu einerseits und Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Einrichtung für Langzeitpflege andererseits. Es kann dafür auch das Begriffspaar von Behandlungs- und Pflegefall verwendet werden (Eugster, a.a.O., Rz. 396 mit Hinweisen).

4.4.1 Akutspitalbedürftigkeit liegt in der Regel vor, wenn eine Gesundheitsstörung plötzlich auftritt, heftig verläuft und meist von kürzerer Dauer ist und die versicherte Person einer kurzfristigen, intensiven ärztlichen oder pflegerischen Betreuung bedarf. Das KVG nennt keine zeitliche Grenze, ab welcher bei länger dauernder Krankheit die Akutphase als abgeschlossen zu betrachten wäre. Eine allgemeingültige Grenze lässt



sich auch nicht ziehen. Die Akutphase dauert aber in jedem Fall so lange, wie von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit erwartet werden kann. Unter dieser Voraussetzung kann das Merkmal der Kurzfristigkeit einer Akuterkrankung im Einzelfall Ausnahmen erfahren. So kann namentlich eine längere stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik noch den Charakter einer Akutbehandlung haben (Eugster, a.a.O., Rz. 269 f. mit Hinweisen).

4.4.2 Pflegebedürftigkeit liegt in der Regel vor, wenn die Gesundheitsstörung chronisch, also von langer Dauer und meist langsamer Entwicklung ist. Es handelt sich demgemäss um Dauerleiden, bei denen nicht die medizinische Behandlung, sondern die Pflege im Vordergrund steht. Eine allenfalls notwendige ärztliche Behandlung ist ambulant durchführbar, während die Pflege nicht mehr Teil der ärztlichen Behandlung ist, sondern dazu dient, die Folgen der Hilflosigkeit auszugleichen. Das KVG verwendet den Begriff der chronischkranken Person nicht, sondern stellt die Behandlung von Langzeit- oder Pflegeheimpatientinnen und -patienten den akutspitalbedürftigen Personen gegenüber (vgl. Art. 39 Abs. 3 KVG). Personen mit psychischen und solche mit somatischen Dauererkrankungen sind im Rahmen von Art. 49 Abs. 4 KVG grundsätzlich gleich zu behandeln (Eugster, a.a.O., Rz. 272 und 397 f. mit Hinweisen).

4.4.3 Anzuführen bleibt, dass sich die Begriffe "akute Krankheit" und "Akutspitalbedürftigkeit" einerseits sowie "chronische Leiden" und "Langzeitpflegebedürftigkeit" andererseits nicht immer streng voneinander abgrenzen lassen. Insbesondere, wenn es um die Abgrenzung der Akutspitalbedürftigkeit von einer anschliessenden blossen Pflegebedürftigkeit geht, ist dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin ein gewisser Ermessensspielraum zuzugestehen (BGE 124 V 366 E. 2c).

4.5 Bei stationären psychiatrischen Dauerpatienten und Dauerpatientinnen ist der in Art. 50 KVG vorgesehene Leistungstarif für Versicherte in Pflegeheimen massgebend. Zwar vermag auch die Notwendigkeit des blossen Verweilens im Spital unter gewissen Umständen Spitalbedürftigkeit zu begründen (Eugster, a.a.O., Rz. 392). Ist es jedoch möglich, die versicherte Person in einer Einrichtung für Langzeitpatienten medizinisch und pflegerisch ausreichend und zweckmässig zu versorgen, sind solche Umstände nicht (mehr) gegeben (Eugster, a.a.O., Rz. 272 und 397 mit Hinweisen).



5.

5.1 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten beziehungsweise der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind. Beweiswert kann auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte zukommen, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Der Umstand allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und damit auf Befangenheit schliessen. Es müssen vielmehr besondere Umstände vorliegen, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Nachfolgenden ist zu klären, ob die Berichte der behandelnden Ärzte beziehungsweise des Vertrauensarztes eine zuverlässige Beurteilung der Akutspitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers zulassen.

5.2 Dr. F.____ stellte in seiner ärztlichen Beurteilung vom 11. Oktober 2011 – wie bereits zuvor Dr. D.____ im Bericht vom 29. August 2011 (act. G 3.6) – fest, der Beschwerdeführer leide an einer paranoiden kontinuierlichen Schizophrenie (F20.00) sowie an Störungen, verursacht durch multiplen Substanzgebrauch (F19.22), weshalb er derzeit an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm teilnehme. Als aktuellen psychopathologischen Befund hielt Dr. F.____ Folgendes fest: "Der Patient ist wach. Deutliche Konzentrationsstörungen, Paramnesien. Das Denken ist wechselhaft zerfahren und eingeengt. Paranoide Wahnhalte, immer wieder optische und akustische Halluzinationen. Deutliche Stimmungsschwankungen, motorisch unruhig,



verminderte Impulskontrolle. Keine suizidalen Störungen". Trotz der eingeleiteten Massnahmen (vgl. hierzu act. G 3.6) sei eine erneute Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Zunahme der psychotischen Symptomatik zu verzeichnen. Der Beschwerdeführer sei weiterhin psychisch schwer krank, instabil und auf eine – voraussichtlich weitere drei Monate dauernde – intensive integrierte psychiatrische Behandlung angewiesen. Dr. F.____ empfahl nach wie vor eine Isolation zur Reizabschirmung und klare Strukturvorgaben, welche allerdings nur in sehr kleinen Schritten angepasst werden könnten. Seiner Ansicht nach sei es zum besagten Zeitpunkt sehr schwierig, eine endgültige Prognose zu stellen. Immerhin würden eine Verbesserung der neuroleptischen Grundmedikation und eine Stabilisierung (Reduktion der psychotischen Symptomatik) angestrebt werden. Des Weiteren hielt Dr. H.____ in ihrem Schreiben vom 17. April 2012 fest, dass sich bis zum Austritt des Beschwerdeführers aus der Klinik am 16. Januar 2012 an den von Dr. F.____ aufgestellten Diagnosen nichts geändert habe. Der Beschwerdeführer sei am frühestmöglichen Zeitpunkt aus der stationären Behandlung entlassen worden und sei vor dem Austrittszeitpunkt jederzeit akutspitalbedürftig gewesen. Nach seinem Austritt sei er in eine ambulante Behandlung übernommen worden. Dem Bericht der Helsana vom 25. Oktober 2011 (act. G 3.12), welcher von der Abteilung Case Management erstellt wurde und an den Vertrauensarzt gerichtet war, ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer leide an ADHS (F90), an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis (F29) sowie an einer Benzodiazepinabhängigkeit (F13.2). Das Ziel der Therapie sei eine Stabilisierung und Verminderung der Unruhe, bis der Beschwerdeführer wieder hafterstehungsfähig sei. Im gleichen Bericht hielt Dr. E.____ handschriftlich fest, dass aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlichen Verschlechterung der Symptomatik der Strafvollzug nicht möglich und eine dauerhafte Unterbringung notwendig sei.

5.3 Der Entscheid der Helsana basiert demnach auf der vertrauensärztlichen Empfehlung eines Arztes, der keinen Facharztstitel in Psychiatrie besitzt. Die Empfehlung ist zudem vom Inhalt und Umfang her eher bescheiden ausgefallen. Sie umfasst im Grunde lediglich eine Feststellung beziehungsweise Schlussfolgerung und entbehrt gänzlich einer nachvollziehbaren Begründung, weshalb der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 1. Dezember 2011 demjenigen eines psychiatrischen Dauerpatienten entspreche, bei dem nicht mehr eine akute



Krankheit i.S.v. Art. 39 Abs. 1 KVG bestehe. Die Tauglichkeit der Empfehlung als Beweismittel erscheint demnach fraglich. Insbesondere ist nicht einleuchtend, weshalb in der vertrauensärztlichen Beurteilung, welche sich gemäss Angaben der Helsana auf den Bericht von Dr. F.____ vom 11. Oktober 2011 stütze (act. G3), davon ausgegangen wird, dass zum damaligen Zeitpunkt eine dauerhafte Unterbringung indiziert gewesen sei, obwohl in derselben Beurteilung gar festgehalten wird, dass das aktuelle Ziel der Hospitalisation eine Stabilisierung und Verminderung der vorhandenen Unruhe sei. Sodann wurde die dem Vertrauensarzt gestellte Frage, ob die Spitalbedürftigkeit weiterhin ausgewiesen sei oder ob der Beschwerdeführer in den Strafvollzug zurückverlegt werden solle, nicht mit der entsprechenden Kohärenz beantwortet, zumal aus der Stellungnahme des Vertrauensarztes keine klare Aussage in Bezug auf die Spitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers hervorgeht, sondern lediglich festgehalten wurde, der Strafvollzug sei nicht möglich und eine dauerhafte Unterbringung notwendig. Der vertrauensärztlichen Empfehlung kann somit nicht entnommen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ab dem 1. Dezember 2011 derart stabilisiert hätte, dass der von der Helsana geforderte Wechsel zur Pflēgetaxe zu Recht erfolgt wäre. Im Übrigen ist nicht nachvollziehbar, weshalb – nachdem die behandelnden Ärzte Dr. F.____ in der Beurteilung vom 11. Oktober 2011 sowie Dr. D.____ im Bericht vom 29. August 2011 feststellten, der Beschwerdeführer leide an einer paranoiden kontinuierlichen Schizophrenie (F20.00) sowie an Störungen, verursacht durch multiplen Substanzgebrauch (F19.22) – die Abteilung Case Management im Bericht vom 25. Oktober 2011 von anderen Diagnosen – der Beschwerdeführer leide an ADHS (F90), an einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis (F29) sowie an einer Benzodiazepinabhängigkeit (F13.2) – ausgeht. Insbesondere geht aus den Akten nicht hervor, woher diese Diagnosen stammen und weswegen sie von denjenigen der behandelnden Ärzte abweichen. Aufgrund dieser Tatsachendefizite erhärten sich die Zweifel an der Richtigkeit des besagten Berichts.

5.4 Andererseits haben Dr. F.____ und Dr. H.____ in ihren Stellungnahmen und Gesuchen schlüssig begründet, weshalb die nach dem 1. Dezember 2011 erfolgten Behandlungen des Beschwerdeführers zwingend unter Spitalbedingungen durchgeführt werden mussten. Wie bereits festgehalten (E. 4.3.1), liegt eine Spitalbedürftigkeit vor, solange von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit erwartet werden kann (Urteil des EVG vom 20. Oktober



2006, K 20/06, E. 3.1). Dr. F.____ hielt in seiner besagten Beurteilung ausdrücklich fest, das Therapieziel bestehe in der Verbesserung der neuroleptischen Grundmedikation sowie in einer weiteren Stabilisierung respektive Reduktion der psychotischen Symptomatik. Folglich ging er von einem noch Aussicht auf Erfolg versprechenden Spitalaufenthalt aus. Eine endgültige Prognose sei zum damaligen Zeitpunkt sehr schwierig zu stellen gewesen. Jedenfalls sei der Beschwerdeführer – wie von Dr. H.____ im Nachhinein bestätigt wurde, sei der Austritt aus der Klinik zum frühestmöglichen Zeitpunkt am 16. Januar 2012 erfolgt – auf eine voraussichtlich weitere drei Monate dauernde intensive integrierte psychiatrische Behandlung angewiesen. Des Weiteren ist die geltend gemachte Akutspitalbedürftigkeit über den 1. Dezember 2011 hinaus zudem in der Intensität der Massnahmen zu sehen. Dr. F.____ führte insbesondere aus, dass der Beschwerdeführer auf eine intensive integrierte psychiatrische Behandlung angewiesen sei. Diese stellt neben der Form der Anwendungen durchaus eine Komponente dar, die im Einzelfall eine Akutspitalbedürftigkeit zu begründen vermag. Mit der Intensität der Massnahme kann zweifelsohne auch die Notwendigkeit einer erhöhten fachlichen Qualifikation einhergehen. Die im fraglichen Zeitraum durchgeführte Medikation beinhaltete offensichtlich nicht nur die Einnahme von Medikamenten, sondern zudem auch deren Adaptation respektive die Verbesserung der neuroleptischen Grundmedikation. Die Adaptation, aber auch die angeführte notwendige klare Strukturvorgabe, welche nur in sehr kleinen Schritten angepasst werden könnte, sowie die starke Reizabschirmung waren offensichtlich nur im Rahmen einer stationären Akutbehandlung möglich beziehungsweise hätten die quantitativen sowie fachlichen Kapazitäten des Personals eines Pflegeheims überstiegen. Die Massnahmen lassen erkennen, dass sie einen wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Anteil aufweisen. Nach dem Gesagten bestehen keine Hinweise, die dem Beweiswert der Beurteilung von Dr. F.____ vom 11. Oktober 2011 abträglich wären beziehungsweise diese in Frage zu stellen vermöchten. Im Übrigen greift es zu kurz, wenn vom behandelnden Arzt festgestellt wird, es sei im damaligen Zeitpunkt sehr schwierig, eine endgültige Prognose zu stellen, die fragliche Voraussetzung für die Spitalbedürftigkeit einfach mit der Begründung zu verneinen, dass beim Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2011 ein chronisches Zustandsbild erreicht worden sei.



5.5 Im Weiteren ist festzuhalten, dass selbst bei Vorliegen chronischer Leiden, diese in akuten Phasen verschärft oder durch akute Erkrankungen überlagert werden können. Ein chronisches Zustandsbild schliesst folglich eine Akutspitalbedürftigkeit nicht grundsätzlich aus (Eugster, a.a.O., Rz. 271). Der Gesundheitszustand eines psychiatrischen Dauerpatienten kann eine Schwankung in einem Ausmass erfahren, die eine Akutspitalbedürftigkeit bewirkt. Die Erwartung eines Abklingens der Krankheitssymptome ist nicht in Bezug auf die anerkanntermassen bestehende chronische Krankheit zu beurteilen, sondern bezüglich der vorübergehenden Verschlimmerung. Dem Gesuch um Kostengutsprache von Dr. D.____ vom 20. Juni 2011 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer offensichtlich bereits zuvor in der Klinik hospitalisiert gewesen war (der Beschwerdeführer "erinnert sich nicht an den letzten Aufenthalt bei uns"; act. G 3.4). Auch der Umstand, dass gemäss Angaben des Amtsvormunds der Beschwerdeführer am 19. April 2012 – somit rund drei Monate nach seinem Eintritt in eine betreute Institution für Drogenkranke – bereits wieder habe hospitalisiert werden müssen und nach einem rund vierwöchigen Aufenthalt bis zum 16. Mai 2012 in der Klinik I.____, am 15. Juni 2012 wieder habe amtsärztlich nach C.____ eingewiesen werden müssen, spricht einerseits für Schwankungen in einem Ausmass, welche einer unveränderten Chronifizierung des Krankheitsbildes entgegenstehen und auf das Fortbestehen der Akutspitalbedürftigkeit hindeuten, sowie andererseits für eine lediglich in der Klinik durchführbare zweckmässige Vornahme der benötigten Behandlungsmassnahmen.

5.6 Nach dem Gesagten ist folglich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer Akutspitalbedürftigkeit des Beschwerdeführers über den 30. November 2011 hinaus jedenfalls bis zum hier interessierenden Zeitpunkt vom 31. Dezember 2011 auszugehen, weshalb die Kostengutsprache für den stationären Aufenthalt seitens der Helsana zu Unrecht verweigert wurde. Die Helsana ist vom 1. bis 31. Dezember 2011 für den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Klinik zur Ausrichtung der Spitaltaxe verpflichtet.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 9. Juli 2012 gutzuheissen. Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.



Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 9. Juli 2012 gutgeheissen und die Helsana verpflichtet, dem Beschwerdeführer vom 1. bis 31. Dezember 2011 die Spitaltaxe zu vergüten.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.